

Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil

Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil

Karine Laura Cortellazzi¹, Edna Cesar Balbino¹, Luciane Miranda Guerra¹, Fabiana de Lima Vazquez¹, Jaqueline Vilela Bulgareli¹, Gláucia Maria Bovi Ambrosano¹, Antonio Carlos Pereira¹, Fábio Luiz Mialhe¹

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi avaliar o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) no País e associações com indicadores sociodemográficos dos municípios, variáveis estruturais dos serviços e de organização da atenção básica nos anos de 2004 a 2009. O estudo utilizou dados secundários dos procedimentos realizados nos CEOs para as especialidades de periodontia, endodontia, cirurgia e atenção básica. Análise bivariada pelo teste de χ^2 foi realizada para testar a associação entre a variável dependente (desempenho do CEO) e as independentes. Em seguida, realizou-se análise de regressão de Poisson. No que se refere ao cumprimento global das metas (CGM), observou-se que a maioria dos CEOs (69,25%) apresentou desempenho considerado ruim/regular. Os fatores independentes associados com o desempenho ruim/regular dos CEOs foram: municípios pertencentes às regiões Nordeste, Sul e Sudeste, com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), menor densidade demográfica e menor tempo de implantação. O IDH e a densidade demográfica são fatores importantes para o desempenho dos CEOs no Brasil. Da mesma forma, as peculiaridades referentes a territórios com menor densidade populacional, bem como a localização regional e o tempo de implantação dos CEOs, devem ser levadas em conta no planejamento desses serviços.

Palavras-chave: Atenção Secundária. Saúde Bucal. Especialidades Odontológicas. Sistema Único de Saúde. Avaliação de Desempenho. Serviços de Saúde.

¹Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

Autor correspondente: Prof. Fábio Luiz Mialhe. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Avenida Limeira, 901, Bairro Areião, CEP 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil. E-mail: mialhe@fop.unicamp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: The aim of this study was to evaluate the performance of the Centers for Dental Specialties (CDS) in the country and associations with sociodemographic indicators of the municipalities, structural variables of services and primary health care organization in the years 2004–2009. The study used secondary data from procedures performed in the CDS to the specialties of periodontics, endodontics, surgery and primary care. Bivariate analysis by χ^2 test was used to test the association between the dependent variable (performance of the CDS) with the independents. Then, Poisson regression analysis was performed. With regard to the overall achievement of targets, it was observed that the majority of CDS (69.25%) performance was considered poor/regular. The independent factors associated with poor/regular performance of CDS were: municipalities belonging to the Northeast, South and Southeast regions, with lower Human Development Index (HDI), lower population density, and reduced time to deployment. HDI and population density are important for the performance of the CDS in Brazil. Similarly, the peculiarities related to less populated areas as well as regional location and time of service implementation CDS should be taken into account in the planning of these services.

Keywords: Secondary Care. Oral Health. Specialties, Dental. Unified Health System. Employee Performance Appraisal. Health Services.

INTRODUÇÃO

Um grande avanço na busca pela universalização do acesso às ações e serviços de Saúde Bucal foi a incorporação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família a partir de 2000, o que possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, representando um novo cenário para a ampliação da oferta de atendimento odontológico no País^{1,2}.

Atualmente, o alcance da integralidade tem sido um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), com a implantação da atenção secundária. A principal estratégia adotada para a atenção especializada em saúde bucal foi a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)³. Entretanto, o processo de trabalho necessita estruturar-se de forma integral dentro desses modelos e, particularmente, com a efetivação do sistema de referência e contrarreferência.

Dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) de 2002 e 2003 revelaram que apenas 3,5% do total dos procedimentos odontológicos realizados no referido período no Brasil foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados⁴.

Além disso, o resultado do projeto Nacional em Saúde Bucal (SB Brasil 2010) evidenciou a necessidade de organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica, uma vez que foram apontadas a gravidade e a precocidade da perda dentária para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos, bem como a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos^{5,6}.

Os referidos dados epidemiológicos corroboram a importância dos CEOs como estratégia privilegiada da Política Nacional de Saúde Bucal para assegurar a atenção secundária e aumentar a resolubilidade da atenção básica em saúde⁷.

Os CEO são unidades de referência para a Atenção Básica e devem estar integrados ao planejamento locorregional, incluindo a possibilidade de serem implantados e administrados por Consórcios Intermunicipais. Devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a usuários com deficiências, diagnóstico bucal e cirurgias orais menores³.

Em relação aos recursos físico-estruturais, podem ser classificados em três tipos: CEO Tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO Tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e CEO Tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Os CEOs devem funcionar 40 horas por semana, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO, como também a meta mensal de produção em função do subgrupo de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS⁸.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho dos CEOs em todo o País e as associações com indicadores sociodemográficos dos municípios, variáveis estruturais dos serviços e de organização da atenção básica no período de 2004 a 2009.

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal analítico com base em dados secundários.

COLETA DE DADOS

Os dados do presente estudo foram coletados a partir do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS-DATASUS)⁹, com informação dos dados da Produção Ambulatorial do ano de 2009. Através da ferramenta de tabulação TabWin¹⁰, foram tabulados e exportados para o programa Excel, onde ocorreu consolidação e agrupamento de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos especializados da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS.

As informações referentes ao tipo de CEO foram coletadas da base DATASUS-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Habilitações¹¹.

As coberturas populacionais pela Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal de cada município foram obtidas através do relatório de evolução do credenciamento e implantação dos referidos programas e estratégias¹² e o porte populacional e densidade demográfica do Censo Demográfico 2010¹³. Através do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), obteve-se o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM)¹⁴.

Através do programa Excel, realizou-se busca para associação do banco de dados de produção de procedimentos com os bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS e os relatórios do PNUD.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados todos os CEOs implantados no Brasil de 2004 a 2009, totalizando 774 CEOs, distribuídos por 704 municípios de todas as regiões do Brasil. As especialidades odontológicas incluídas no estudo foram atenção básica, periodontia, endodontia e cirurgia.

VARIÁVEIS ANALISADAS

Variável dependente (desempenho do Centro de Especialidades Odontológicas)

A avaliação do desempenho de cada CEO, considerando as especialidades odontológicas incluídas no estudo, foi construída com base na Portaria Nº 600/GM de 23 de março de 2006¹¹, que define a produção mínima mensal dos subgrupos de procedimentos a serem realizados nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS.

Para a avaliação do desempenho, foi considerada a média mensal de procedimentos do período de um ano, realizados em cada subgrupo de especialidades, e o número de procedimentos correspondentes à meta desse subgrupo, sendo definidas 4 categorias de desempenho segundo o seu tipo (Tipo I, Tipo II e Tipo III, conforme Portaria MS 599/2006)¹³ e os referidos subgrupos (Quadro 1).

Variáveis independentes

- Variáveis relacionadas aos indicadores sociodemográficos dos municípios.
- Macrorregiões do País (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (dicotomizado pela mediana em: $\leq 0,77$ e $> 0,77$) e Densidade demográfica (dicotomizado pela mediana em: $\leq 98,81$ e $> 98,81$).
- Variáveis estruturais (Tipo de CEO — categorizado em I, II e III) e Tempo de implantação do CEO (dicotomizado pela mediana em: ≤ 2 anos e > 2 anos).
- Variáveis segundo as formas de organização da Atenção Básica (Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (dicotomizado pela mediana em: $\leq 67,10$ e $> 67,10$), Percentual de cobertura das Equipes de Saúde Bucal (dicotomizado pela mediana em: $\leq 42,76$ e $> 42,76$).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise bivariada pelo teste de χ^2 para a associação entre a variável dependente (desempenho do CEO) e as independentes. Em seguida, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram testadas no modelo de regressão de Poisson com procedimento stepwise. A razão de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados para as variáveis que permaneceram no modelo de regressão múltipla, no nível de 5%. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS 9.2, considerando o nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS

Os registros globais do Ministério da Saúde apontaram predomínio do CEO Tipo II (455), representando 54% do total de CEOs, seguido do Tipo I (324) representando 38%, e do Tipo III (67), com a menor representatividade, ou seja, 8%.

Quadro 1. Características estruturais, meta mensal por subgrupo de especialidades segundo o tipo dos Centros de Especialidades Odontológicas e suas categorias de desempenho.

Estrutura	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III
Equipamentos	3	4 ou 6	7 ou mais
Recursos humanos – Cirurgião-dentista (CD)	3 ou mais	4 ou mais	7 ou mais
Recursos humanos – Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	1 por consultório	1 por consultório	1 por consultório
Centro de Especialidades Odontológicas Subgrupo de procedimentos	Meta mensal		
	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III
Atenção básica	80	110	190
Periodontia	0	0	50
Endodontia	5	0	95
Cirurgia oral menor	0	0	70
Categorias	Desempenho do CEO		
Ruim	CEOs que não cumpriram nenhuma ou apenas uma das metas		
Regular	CEOs que cumpriram duas metas		
Bom	CEOs que cumpriram três metas		
Ótimo	CEOs que cumpriram todas as quatro metas		

CEO: Centros de Especialidades Odontológicas.

Considerando-se as macrorregiões do Brasil, 38,50% dos CEOs estavam implantados no Nordeste, 36,56% no Sudeste, 12,79% no Sul, 6,33% no Centro-Oeste e 5,81% na região Norte. Os municípios onde os CEO estavam implantados foram bastante heterogêneos em nível populacional, variando entre 4.629 habitantes nos de pequeno porte a 11.253.503 habitantes nos de grande porte.

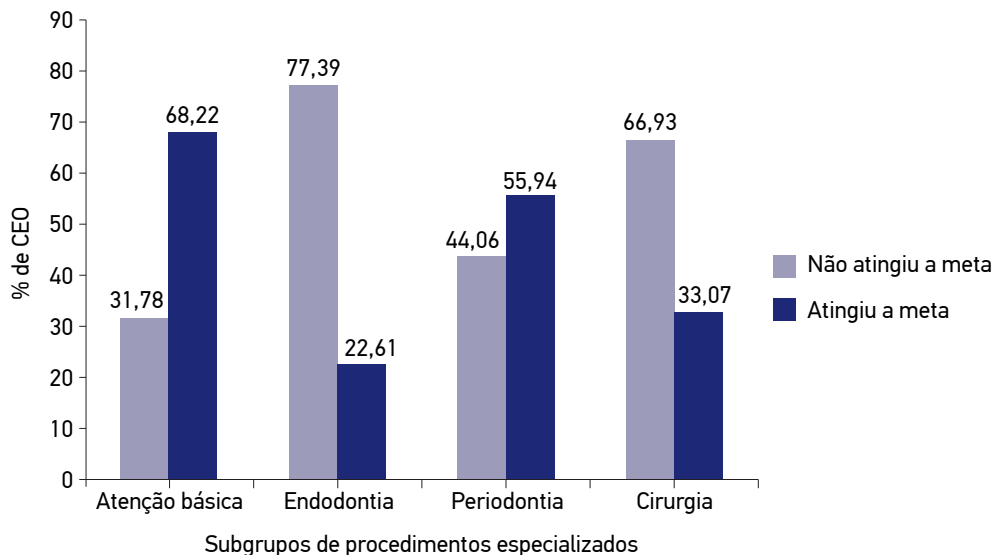
Dos 774 CEOs analisados no estudo, 193 (24,93%) estavam implantados em municípios com população inferior a 30 mil habitantes, 128 (16,53%) em municípios com população entre 30 mil e 50 mil habitantes, 157 (20,28%) em municípios com população 50 mil e 100 mil habitantes, e 296 (38,24%) em municípios com população superior a 100 mil habitantes.

Em relação à distribuição dos CEO segundo o porte populacional dos municípios, apenas 12% estavam implantados nas capitais brasileiras. No que se refere ao Cumprimento das Metas, segundo as categorias de desempenho definidas no presente estudo, observou-se que 536 (69,25%) CEOs apresentaram desempenho considerado ruim/regular e 238 (30,75%) tiveram desempenho bom/ótimo.

A Figura 1 mostra o cumprimento das Metas segundo o subgrupo de procedimentos especializados (de acordo com a tabela do SIA/SUS). Nota-se que 68,22% dos CEOs cumpriram as metas na atenção básica, seguida da periodontia (55,94%), com percentuais menores para cirurgia (33,07%) e endodontia (22,61%).

De acordo com o Quadro 1, observam-se as características estruturais, as metas mensais por subgrupo de especialidades segundo o tipo de CEO e suas categorias de desempenho.

A Tabela 1 mostra a associação entre o desempenho do CEO (variável dependente) e as variáveis independentes. Constatou-se que região, IDHM, densidade demográfica,



CEO: Centros de Especialidades Odontológicas.

Figura 1. Cumprimento das metas dos Centros de Especialidades Odontológicas, segundo a Portaria nº 600 do Ministério da Saúde, 2006.

Tabela 1. Análise bivariada pelo teste de χ^2 para a associação entre a variável dependente (desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas) e as independentes.

Variável	Desempenho do CEO				RP	IC95%	p-valor
	Ruim/Regular		Bom/Ótimo				
	n	%	n	%			
Região							
Norte	24	53,33	21	46,67	ref		
Nordeste	244	81,88	54	18,12	1,54	1,16 – 2,03	< 0,0001
Sul	71	71,72	28	28,28	1,34	1,00 – 1,82	0,0245
Sudeste	167	59,01	116	40,99	1,11	0,83 – 1,48	0,2896
Centro-oeste	30	61,22	19	38,78	1,15	0,81 – 1,63	0,2863
Tipo de CEO							
Tipo 1	217	74,32	75	25,68	1,15	0,93 – 1,42	0,1050
Tipo 2	286	66,36	145	33,64	1,03	0,83 – 1,27	0,4684
Tipo 3	33	64,71	18	35,29	ref		
IDHM							
≤ 0,77	309	77,83	88	22,17	1,29	1,17 – 1,42	< 0,0001
> 0,77	227	60,37	149	39,63	ref		
Densidade demográfica							
≤ 98,81	291	75,19	96	24,81	1,19	1,08 – 1,30	0,0002
> 98,81	245	63,31	142	36,69	ref		
Cobertura ESF							
≤ 67,10	244	63,05	143	36,95	ref		
> 67,10	292	75,45	95	24,55	1,20	1,08 – 1,31	< 0,0001
Cobertura ESB							
≤ 42,76	241	62,44	145	37,56	ref		
> 42,76	295	76,03	93	23,97	1,22	1,11 – 1,35	< 0,0001
Tempo de implantação do CEO							
≤ 2 anos	124	77,02	37	22,98	1,14	1,03 – 1,27	0,0106
> 2 anos	412	67,21	201	32,79	ref		

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; ESF: Equipe de Saúde da Família; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CEO: Centros de Especialidades Odontológicas. O nível de referência da variável dependente foi a categoria ruim/regular.

cobertura de ESF e de ESB, e tempo de implantação tiveram associação significativa com o desempenho do CEO.

De acordo com o modelo de regressão de Poisson (Tabela 2), os fatores associados com o desempenho do CEO ruim/regular foram: regiões Nordeste, Sul e Sudeste, IDHM $\leq 0,77$, densidade demográfica $\leq 98,81$ e tempo de implantação do CEO ≤ 2 anos. Assim, municípios pertencentes às regiões Nordeste (RP = 1,33), Sul (RP = 1,33) e Sudeste (RP = 1,15) tiveram prevalência de CEO com desempenho ruim/regular maior do que aqueles localizados na região Norte. Municípios com IDHM $\leq 0,77$ (RP = 1,09), com densidade demográfica inferior ou igual a 98,81 (RP = 1,06) e tempo de implantação do CEO ≤ 2 anos (RP = 1,09) apresentaram prevalência maior de associação com desempenho ruim/regular do CEO.

Tabela 2. Regressão de Poisson para o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Variável	Desempenho do CEO				RP ajustado	IC95%	Valor p
	Ruim/Regular		Bom/Ótimo				
	n	%	n	%			
Região							
Norte	24	53,33	21	46,67	ref		
Nordeste	244	81,88	54	18,12	1,33	1,17 – 1,52	< 0,0001
Sul	71	71,72	28	28,28	1,33	1,15 – 1,55	0,0002
Sudeste	167	59,01	116	40,99	1,15	1,00 – 1,32	0,0435
Centro-oeste	30	61,22	19	38,78	1,14	0,97 – 1,36	0,1168
IDHM							
$\leq 0,77$	309	77,83	88	22,17	1,09	1,00 – 1,18	0,0484
$> 0,77$	227	60,37	149	39,63	ref		
Densidade demográfica							
$\leq 98,81$	291	75,19	96	24,81	1,06	1,00 – 1,13	0,0487
$> 98,81$	245	63,31	142	36,69	ref		
Tempo de implantação do CEO							
≤ 2 anos	124	77,02	37	22,98	1,09	1,02 – 1,17	0,0068
> 2 anos	412	67,21	201	32,79	ref		

RP: Razão de Prevalência; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; CEO: Centros de Especialidades Odontológicas. O nível de referência da variável dependente foi a categoria ruim/regular.

DISCUSSÃO

No Brasil, recentemente, as programações assistenciais públicas em saúde bucal estavam restritas à atenção básica, acumulando grande demanda por atendimento clínico especializado e comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência¹.

A integralidade em saúde bucal, contudo, tem tensionado os modelos de atenção em saúde para a estruturação dos níveis secundário e terciário da atenção.

A interface entre a atenção básica e a secundária deve ser eficiente e eficaz, garantindo que as referências sejam apropriadas, oportunas e com mecanismos de triagem adequados, assegurando a contrarreferência após o tratamento completado⁷.

A avaliação do desempenho dos serviços secundários no Brasil tem sido, portanto, oportuna, a fim de aprimorar processos e ações em busca de aumento do desempenho desses serviços.

Considerando a totalidade dos CEOs, os dados deste estudo apontam que apenas 30,75% deles obtiveram desempenho bom/ótimo, salientando-se que os melhores resultados foram observados no subgrupo de procedimentos da atenção básica em detrimento dos demais, principalmente endodontia e cirurgia.

Testando-se individualmente as variáveis de cobertura de ESB e ESF na análise bivariada, os resultados demonstraram que os municípios com maiores coberturas apresentaram maior prevalência de CEOs ruins/ regulares (Tabela 1).

A densidade demográfica não foi parâmetro instituído para a implantação dos CEOs. Entretanto, esta pesquisa valeu-se da variável “densidade demográfica” como fator de análise de desempenho, onde municípios com menor densidade demográfica e menor índice de desenvolvimento humano tiveram maior prevalência de desempenho ruim/regular nos CEOs, estando de acordo com os resultados obtidos por Goes et al., em que os municípios com menor IDH tiveram os piores resultados de desempenho¹⁵.

Com relação aos municípios com baixo IDHM, infere-se que, possivelmente, variáveis educacionais e/ou relacionadas à renda devam interferir no acúmulo das necessidades odontológicas da população. A desinformação e, mais ainda, a não conscientização da importância da saúde bucal pela população com menor nível educacional têm impacto na condição de saúde bucal, tanto quanto na saúde geral das pessoas. A escola tem papel importante na construção dessa percepção de importância dos dentes para as crianças — construindo e reformulando sentidos — e de forma objetiva, normativa, na medida em que pode (e deve) ser um *locus* privilegiado de acesso a informações de saúde bucal para crianças e jovens, o que deve impactar positivamente na prevenção de doenças e agravos. Profissionais e técnicos das equipes de saúde bucal utilizam-se dos espaços escolares para atividades preventivo-promocionais de saúde bucal, professores podem ser capacitados para atividades educativas de saúde, sendo que a disseminação de informações nesse ambiente é favorecida e etc. Logo, há impacto tanto educacional (pela falta de informações básicas de como cuidar dos dentes) quanto cultural (pela não valorização desse cuidado) na saúde bucal da população.

Consequentemente, a busca pelos serviços ocorre segundo valores e percepções de necessidades dos seus usuários. Isso, por sua vez, interfere no desempenho dos mesmos ou pela má utilização dos seus recursos, ou pela falta de oportunidade de intervenção em tempo, já que muitos casos já chegam ao CEO tardiamente, sem outra opção terapêutica que não seja a exodontia. Então, o desenvolvimento humano de um povo também é fator determinante na construção de suas necessidades.

Isso demonstra a importância de se levar em conta tais variáveis no planejamento da atenção secundária em saúde bucal no País

Com relação à distribuição geográfica dos CEOs, a região Nordeste foi contemplada com um elevado número desses Centros, uma vez que apresenta indicadores sociais desfavoráveis. A análise dos registros dos subgrupos de procedimentos do SIA/SUS pode ser considerada um fator limitante no estudo do desempenho dos CEOs, visto que os dados estudados são apenas de número de tratamentos concluídos, não permitindo um detalhamento dos perfis dos usuários, de morbidade, de tratamentos iniciados *versus* tratamentos concluídos e outros.

Os perfis dos usuários e das morbidades fornecem aos gestores um material imprescindível para a tomada de decisão, objetivo principal dos processos avaliativos de programas e serviços de saúde. Os dados desta pesquisa podem servir como linha de base para outros estudos e poderão estar associados a outras fontes documentais, objetivando futuros estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal e contribuindo para a discussão sobre o papel dos CEOs na rede de atenção à saúde bucal, incluindo a necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação e monitoramento desses serviços, considerando que, para todas as variáveis, a maior porcentagem de CEO apresentou desempenho ruim/regular.

Aponta-se que novas pesquisas serão fundamentais, sobretudo as relacionadas ao uso de protocolos clínicos específicos, implantação e efetividade de protocolos de referência e contrarreferência, avaliação para qualidade da atenção e grau de satisfação dos usuários.

CONCLUSÃO

A contribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas para a saúde bucal da população é inegável, tendo em vista a integralidade. Esforços em nível macroestrutural para a melhora do IDH em todo o País são fatores importantes para a melhora do desempenho dos CEOs no Brasil.

Da mesma forma, as peculiaridades referentes a territórios com menor densidade populacional, bem como a localização regional e o tempo de implantação dos CEOs, devem ser levadas em conta no planejamento desses serviços, a fim de superar desafios que possam advir dessas variáveis.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(2): 360-5.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.570 de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/1570re.htm>. (Acessado em 08 de março de 2012).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf (Acessado em 15 de fevereiro de 2011).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB BRASIL: condições de saúde bucal da população brasileira 2002- 2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 77-87.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 600 de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-600.htm>. (Acessado em 15 de agosto 2013).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 599 de 2006. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=885. (Acessado em 15 de agosto de 2013).
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS, 2011. Sistemas e Aplicativos. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040805>. (Acessado em 08 de setembro de 2011).
10. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2): 259-67.
11. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS, 2011. Relatório da tabela de domínio NCFES051 – HABILITAÇÕES. (Acessado em 29 de junho de 2011).
12. Brasil. Ministério da Saúde. DAB. Evolução do credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município - Todos / Estados - Todos / Região – Todas. Competência: Dezembro de 2009. Disponível em http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. (Acessado em 12 de novembro de 2011).
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010. Disponível em www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/censo10052011.shtm. (Acessado em 01 de fevereiro de 2012).
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. PNUD. Ranking decrescente do IDHM dos municípios, 2000. Disponível em [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).xls](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20(pelos%20dados%20de%202000).xls). (Acessado em 29 de agosto de 2011).
15. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Junior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28Suppl: S81-S89.

Recebido em: 20/09/2012

Versão final apresentada em: 20/03/2014

Aceito em: 09/05/2014